

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1923-1924. — N° 92

LE SIGNE DE LESIEUR DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 7 Avril 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RENÉ-LÉON DEBAUCHEZ

Externe des Hôpitaux

Né à Lyon (Rhône), le 29 Octobre 1900



LYON

IMPRIMERIE - EXPRESS

46, Rue de la Charité, 46

—
1924

LE SIGNE DE LESIEUR
DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire.....	MM. HUGOUNENQ.
Doyen	J. LEPINE.
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. BARD. ROQUE. TIXIER. BERARD. COMMANDEUR. ROLLET. NICOLAS. LEPINE (J.). WEILL. VILLARD. LANNOIS. ROCHET. NOVE-JOSSERAND. CLUZET. HUGOUNENQ. MOREL. BRETIN. GUIART. LATARJET. POLICARD. DOYON. COLLET. MOURIQUAND. PAVIOT. X. ARLOING (F.). Etienne MARTIN. COURMONT (P.). PIC. X.
Cliniques chirurgicales.....	
Clinique obstétricale et accouchements.....	
Clinique ophtalmologique.....	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	
Clinique neurologique et psychiatrique.....	
Clinique des maladies des enfants.....	
Clinique des maladies des femmes.....	
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	
Clinique des maladies des voies urinaires.....	
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	
Physique biologique, radiologie et physiothérapie.....	
Chimie biologique et médicale.....	
Chimie organique et toxicologie.....	
Matière médicale et botanique.....	
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	
Anatomie	
Histologie	
Physiologie	
Pathologie interne.....	
Pathologie et thérapeutiques générales.....	
Anatomie pathologique.....	
Chirurgie opératoire.....	
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	
Médecine légale.....	
Hygiène	
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....	
Pharmacologie	

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique.....	MM. PATEL.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Chirurgie expérimentale	LERICHE.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT (Léon).	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	THRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien).	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. ROQUE, Président ; M. ROUBIER, Assesseur ;
MM. FAVRE et CHALIER (V.), Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

LE SIGNE DE LESIEUR DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 7 Avril 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RENÉ-LÉON DEBAUCHEZ

Externe des Hôpitaux

Né à Lyon (Rhône), le 29 Octobre 1900



LYON

IMPRIMERIE - EXPRESS

46, Rue de la Charité, 46

—
1924



A MON PÈRE

A MA MÈRE

En souvenir de tout ce qu'ils ont fait
pour moi.

A MON FRÈRE

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROQUE

*Professeur de Clinique médicale
à la Faculté de Médecine de Lyon
Médecin de l'Hôtel-Dieu*

Pour le grand honneur qu'il nous a fait
en acceptant la présidence de notre thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHALIER

*Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon
Médecin des Hôpitaux*

Il nous a inspiré le sujet de notre thèse
et nous a toujours accueilli avec bienveil-
lance dans son service.

Qu'il soit assuré de notre vive recon-
naissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GONNET

Accoucheur des Hôpitaux

A TOUS MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX DE LYON



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

En 1908, M. COLLIGNON, sous l'inspiration de LESIEUR, écrivait dans une thèse sur la convalescence des typhiques : « Pendant la maladie, le foie est augmenté de volume comme la rate ». LESIEUR a souvent remarqué, à la base droite, une zone de matité très marquée, surtout si l'on percute en arrière et dans l'aisselle. Celle-ci s'explique par l'augmentation du volume de la glande hépatique ou par ce fait que le côlon tout entier est soulevé par le côlon dilaté.

« Nous avons cherché si cette matité était aussi étendue pendant la convalescence. Il nous a semblé que le foie rétrocedait aussi vite que la rate, pendant cette période.

« Si la matité ne rétrocede pas, on peut s'attendre à des rechutes. »

Ces quelques lignes contenaient déjà tout ce que LESIEUR devait reprendre et publier dans les années suivantes.

Déjà là étaient esquissées, la séméiologie, la pathogénie et la valeur du symptôme auquel il a donné son nom.

Depuis ont eu lieu de nombreuses publications, beaucoup en faveur du signe, quelques-unes contre.

Il nous a paru intéressant d'examiner ce signe à l'aide

de documents nouveaux et de voir s'il a résisté à l'épreuve du temps.

Nous adressons nos remerciements à tous nos maîtres des hôpitaux durant notre stage hospitalier et notre externat.

Nous remercions plus particulièrement M. le docteur CHALIER qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a toujours accueilli dans son service avec une grande bienveillance.

CHAPITRE PREMIER

SÉMÉIOLOGIE DU SIGNE

Au cours de la fièvre typhoïde ordinaire, classique, si l'on percute superficiellement la base droite du thorax, on constate presque toujours une submatité notable, qu'on ne retrouve pas à la base gauche, qui ne s'explique généralement pas par des lésions pleuro-pulmonaires et dont la constatation paraît présenter une valeur réelle au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement.

Il convient de reprendre, avec quelques détails, les principaux termes de la définition que nous venons de donner.

Nous avons dit qu'on le rencontre au cours de la fièvre typhoïde. En effet, ce signe nous a paru constant à la période d'état et disparaît le plus souvent à l'approche de la convalescence. Pour rechercher ce signe il faut tout d'abord mettre le malade en bonne position : assis sur le lit, un peu penché en avant, les épaules bien tombantes. On veillera à ce que le malade ne soit pas incliné à

droite ou à gauche, une simple torsion du corps pouvant donner des changements notables de tonalité.

Ces précautions prises, dans quelle zone faut-il percuter ? Et comment doit se faire la percussion ?

Il faut percuter dans un espace à peu près rectangulaire, mesurant de 12 à 14 centimètres de largeur sur 10 centimètres de hauteur et situé à la base de l'hémithorax droit. Cet espace s'étend transversalement de la colonne vertébrale à la ligne axillaire, verticalement de la onzième côte au sixième et même cinquième espace intercostal, remontant ainsi jusqu'à la pointe ou au milieu de l'omoplate. La percussion donne également des résultats positifs jusque dans l'aisselle.

Pour rechercher le signe que nous décrivons, il faut percuter superficiellement. Il s'agit, en effet, plus de submatité que de matité vraie. La matité est superficielle et relative plutôt qu'absolue. En percutant fortement à deux mains, d'après le procédé de percussion médiate de Laënnec, on ne constate guère de différence habituellement entre les deux bases. Il faut employer, de préférence, la percussion immédiate d'Avenbrügger, avec le bout des doigts recourbés en crochet ou même, avec toute la main frappant à plat sur le thorax. Cette simple remarque suffit à différencier le phénomène que nous étudions de la matité liée à des lésions pleuro-pulmonaires par exemple. La percussion médiate, en effet, renseigne surtout sur les lésions profondes. Cependant, à la période d'état de la maladie, alors que le signe existant depuis plusieurs jours déjà, aura acquis toute sa netteté, et que la submatité confinerà presque à la matité, on pourra, par la percussion de Laënnec, percevoir une différence

sensible, et de ce moment jusqu'à la défervescence, la percussion médiate donnera d'aussi précieuses indications que l'immédiate. La percussion alternative et symétrique des deux bases, gauche et droite, ne révèle tout d'abord que des différences très faibles entre la sonorité des deux côtés. Peu à peu, les choses se précisent et l'on remarque qu'à la base droite, on n'a plus affaire, comme du côté opposé, au son pulmonaire normal d'un timbre particulier. Ce n'est pas non plus de la matité absolue avec son bruit sec, bref et sans éclat, la matité d'une pneumonie massive ou d'un grand épanchement pleural ; c'est plutôt un état de sonorité intermédiaire, moins sèche, plus intense et de tonalité moins élevée que la matité franche, mais dépouillée en grande partie de ce caractère musical, qui se trouve dans la percussion du poumon normal.

De même en percutant la base droite, le doigt n'a pas tout à fait cette sensation d'élasticité que l'on trouve à la base gauche, mais il n'a pas, non plus, la sensation très nette de résistance que l'on rencontre au niveau des épanchements pleurétiques.

Cette submatité de la base droite n'existe, du reste, que dans la position assise, et le malade respirant normalement. Si, en effet, on fait lever le malade, on s'aperçoit que la limite supérieure de la zone submate s'est abaissée et si on fait exécuter trois ou quatre fortes inspirations au patient, on voit que la zone de submatité anormale disparaît peu à peu et fait place à de la sonorité.

La palpation de la base droite ne révèle pas de changements par rapport au côté opposé. Si nous passons ensuite à l'auscultation nous aurons, suivant les cas, des percep-

tions différentes, témoins d'états pulmonaires sous-jacents divers. Chez un certain nombre de malades, en premier lieu, aucun signe anormal n'est perceptible. La respiration s'entend également des deux côtés, aussi bien aux deux sommets qu'aux deux bases. Il n'y a pas de bruits adventices surajoutés pouvant faire conclure à une atteinte pulmonaire.

Dans la grande majorité des cas, cependant, les choses ne se passent pas ainsi. On sait, d'ailleurs, la grande fréquence des manifestations pulmonaires au cours de l'infection eberthienne. Dans ces cas, l'oreille appliquée sur le thorax perçoit, disséminés dans toute la région occupée par les deux poumons, de nombreux rhonchus, des sibilances, et, par endroit, de légers râles muqueux.

Ce sont là des signes de bronchite généralisée, sans prédominance nette en un point quelconque et ne pouvant, par conséquent, par leur seule présence, expliquer la localisation de la submatité au niveau de la base droite. Bien plus, nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs malades chez lesquels la bronchite prédominait à gauche et qui avaient cependant un signe de Lesieur des plus nets.

Il n'y a dans ces cas, naturellement, aucun signe d'épanchement. Pas de souffle, d'égophonie, ni de pectoriloquie aphone.

Le signe du sou ne donne rien, il n'y a pas d'obscurité respiratoire ; la ponction exploratrice est négative.

Dans d'autres cas, plus rares, la submatité intra-thoracique droite s'accompagne de signes stéthoscopiques plus importants.

On note, en effet, à l'auscultation, une diminution du murmure par rapport au côté opposé, avec adjonction parfois de quelques râles crépitants fins.

Devant cette obscurité respiratoire, faisant penser à une atteinte pleurale, on pratique la ponction. Mais ou bien on ne ramène qu'un peu de sang pur, ou bien l'aiguille ne laisse sourdre que quelques gouttes d'un liquide séreux, impuissant, semble-t-il, par sa petite quantité, à expliquer la vaste étendue de la zone submate. C'est là le « faux signe de Lesieur » que M. MOURIQUAND a trouvé chez plusieurs de ses malades. Ces faux signes de Lesieur sont cependant peu fréquents et facilement décelables à l'auscultation. Dans les cas douteux, la ponction exploratrice, au niveau de la base droite, tranchera la difficulté et permettra de porter un diagnostic certain.

Il est enfin d'autres cas qui n'entrent pas dans la séméiologie du signe de Lesieur. Il s'agit de malades dont la submatité ou la matité de la base droite trouve une explication suffisante dans les lésions pleuro-pulmonaires sous-jacentes. Il est tout naturel, en effet, de trouver de la matité au cours d'une pneumonie ou d'une pleurésie à bacille d'Eberth. Ces cas n'entrent pas dans le cadre de notre ouvrage. Nous n'en avons pas tenu compte dans notre statistique et n'en parlons que pour les éliminer.

Le signe de Lesieur vrai, apparaissant dès le début de la maladie, se continuant pendant la période d'état jusqu'au moment de la défervescence, ne reste pas toujours égal à lui-même et ne conserve pas, pendant cette longue période, toute sa netteté. Il subit des variations quotidiennes, en rapport peut-être avec l'état du malade et de sa température. Pendant la période d'état surtout, il peut, certains jours, devenir douteux et la recherche de la submatité devient alors délicate, la différence de sono-

rité entre les deux bases étant très faible et presque imperceptible. Cependant, le lendemain ou les jours suivants, le signe réapparaissait dans toute sa netteté pour se continuer ainsi jusqu'à la convalescence.

Telle est la séméiologie du signe de Lesieur et ses variations au cours de l'évolution d'une typhoïde.

Il nous faut, après avoir décrit la submatité de la base droite, essayer d'expliquer sa présence chez des sujets ne présentant pas, au stéthoscope, de lésions pleuro-pulmonaires très importantes.

CHAPITRE II

EXPLICATION PATHOGÉNIQUE DU SIGNE LESIEUR

La pathogénie du signe de Lesieur a prêté sujet à de nombreuses explications.

Cette submatité peut reconnaître comme causes trois facteurs différents. Elle peut être produite soit par des lésions pulmonaires, soit par une hypertrophie de la glande hépatique, soit enfin par les anses intestinales dilatées, refoulant le foie sans que celui-ci soit augmenté de volume.

Quelle est la pathogénie la plus vraisemblable ? Nous avons vu, au chapitre de séméiologie, que les lésions pulmonaires n'étaient pas en cause. On constate, en effet, le signe de la base droite en dehors de toutes lésions pulmonaires, et nous avons vu que ce signe était parfois très net alors que les lésions de bronchite diffuse prédominaient manifestement du côté gauche. De plus, tous

les cas où des lésions pleuro-pulmonaires surajoutées pouvaient prêter à discussion ont été éliminés de notre statistique. Il ne reste donc pour expliquer le signe de Lesieur qu'une interposition hépatique, soit par hypertrophie, soit par refoulement du foie.

La vérité est sans doute dans une opinion mixte avec prédominance cependant de l'hypertrophie sur le refoulement.

Nous allons donc voir en premier lieu pourquoi le foie est hypertrophié, puis, nous étudierons le rôle secondaire du ballonnement. Nous trouvons, dans la *Presse Médicale* du 30 juillet 1913, un article de LESIEUR et MARCHAND qui va nous fournir des arguments précieux pour l'explication de l'hypertrophie hépatique.

Ces arguments sont d'ordre clinique et sont confirmés par l'anatomie pathologique. Cliniquement, on sait depuis longtemps que le système hépato-biliaire est fréquemment touché dans les fièvres eberthiennes, ce qui s'explique bien par ce fait que le bacille d'Eberth s'élimine par la bile. M. VINCENT a montré que l'inoculation d'autolysat de bacilles typhiques stérilisés par l'éther, qui ne provoque aucune réaction en dehors de la fièvre typhoïde, détermine chez les typhiques une augmentation rapide du volume de la rate et du foie, dans 30 % des cas pour le foie.

MM. MOREL et MOURIQUAND ont trouvé chez des typhiques dont beaucoup présentaient le signe de Lesieur, le coefficient azoturique du sérum fréquemment abaissé, par trouble du fonctionnement du foie.

D'autre part, MM. RADULESCO et ATANASSIU ont recherché d'une façon systématique la fréquence de la douleur

cystique, signe certain d'une altération hépatique au cours de la dothiéntérie. Ils ont trouvé cette douleur cystique avec une fréquence de 85 à 90 %. Ces faits cliniques sont d'ailleurs trop connus pour que nous insistions davantage.

A ces faits cliniques correspondent des confirmations anatomo-pathologiques.

La glande hépatique est, en général, tuméfiée. A l'autopsie, son poids varie entre 1.500 et 2.000 grammes. La surface est lisse, le parenchyme de teinte pâle est violacé ou jaunâtre. A la section, le même aspect se reproduit et il ne s'écoule qu'une petite quantité de sang. Le tissu hépatique est pâteux et friable, n'offrant qu'une faible résistance au doigt.

Au microscope et au faible grossissement, on peut constater la conservation de la topographie des lobules, l'intégrité des veines sus-hépatiques et des espaces portes. Les parois de la veine porte sont normales et inaltérées.

L'examen des cellules glandulaires nous permet d'observer généralement une infiltration de fines gouttelettes graisseuses. Ces cellules ne sont plus rangées en colonne, comme dans le foie normal, mais divisées en tronçons, séparés les uns des autres par des espaces libres. C'est la dislocation trabéculaire de quelques auteurs.

A un fort grossissement, les cellules présentent un protoplasma tuméfié, trouble, infiltré de granulations d'aspect différent. Elles sont en général peu nombreuses, témoignant d'une dégénérescence cellulaire assez intense.

Le foie est donc atteint dans la fièvre typhoïde, ainsi que le prouve les preuves cliniques et anatomo-patholo-

giques et, de même que la rate, de même que le myocarde dans les cardiopathies, il réagit en s'hypertrophiant.

Cette hypertrophie se montre en arrière, donnant le signe de Lesieur. Pourquoi, peut-on se demander, ne se montre-t-elle pas ou peu en avant ? On sait que, normalement, la limite supérieure du foie se trouve au niveau du bord inférieur de la sixième côte, mais dans les cas d'hypertrophie, le bord supérieur ne subit qu'une légère ascension, remontant tout au plus jusqu'à la cinquième côte. Il n'y a donc pas lieu de retenir l'augmentation de la matité en haut. Beaucoup plus intéressant est la limite inférieure de la matité hépatique. Elle s'arrête, chez les sujets sains, au bas du gril costal, empiétant un peu sur la paroi abdominale, au niveau du creux épigastrique.

Dans les cas d'hypertrophie, le foie déborde les fausses côtes de un ou plusieurs travers de doigt et est senti par la simple palpation. Or, si l'on compulse nos observations, on voit que le foie n'est perçu que dans 18 % des cas seulement. Il y a là une contradiction clinique. Mais cette opposition est plus apparente que réelle, car alors intervient ici le rôle du ballonnement. L'abdomen est météorisé d'une façon presque constante chez les typhiques et ce météorisme, s'il ne suffit pas à refouler le foie en masse, peut très bien masquer la limite inférieure de la matité hépatique.

Comment agit cette hypertrophie pour donner de la submatité ?

Lorsque l'on entend une respiration normale et que la submatité est nette cependant, on peut admettre que l'hypertrophie n'est pas considérable et qu'une lame de

poumon sain est venu se loger entre la paroi thoracique et la face postérieure du foie.

D'autres fois, on trouve au niveau de la base de l'obscurité respiratoire et à la limite supérieure de cette obscurité il y a des râles crépitants fins. Il doit s'agir là d'un poumon atélectasié par compression du foie dont l'augmentation de volume refoule le diaphragme dans la paroi thoracique, empêchant ainsi le développement libre du poumon à sa partie inférieure.

La compression pulmonaire doit bien exister, car, si l'on fait faire de fortes inspirations, la submatité disparaît. La distension pulmonaire a refoulé le foie dans l'abdomen.

L'hypertrophie du foie provoque une atélectasie pulmonaire surtout marquée à droite. Cette prédominance unilatérale de l'action compressive du foie met le poumon droit dans un état d'infériorité vis-à-vis du poumon gauche et expliquerait peut-être la plus grande fréquence dans la dothiéntérie des pneumonies droites.

On pourrait songer encore à l'hypostase pour expliquer le signe de Lesieur, mais la précocité de celui-ci doit faire écarter cette hypothèse.

Il nous semble donc, en résumé, que dans la pathogénie du signe de Lesieur, on doit accorder la place principale à l'hypertrophie hépatique, secondée accessoirement par le météorisme abdominal et provoquant, par compression, de l'atélectasie pulmonaire prédominante à droite, atélectasie pouvant faciliter l'éclosion d'une complication pulmonaire, pneumonie ou pleurésie.

Le foie, atteint dans ses éléments nobles par l'infection eberthienne, fait de l'hypertrophie compensatrice. C'est,

comme l'appelle LESIEUR, un processus fluxionnaire, variant d'intensité d'un jour à l'autre et expliquant, par cela même, les variations du signe qui, net pendant quelque temps, peut devenir douteux, les deux bases donnant à peu près la même sonorité, et reparaître aussi net qu'auparavant quelques jours plus tard.

CHAPITRE III

VALEUR DU SIGNE

Lorsque LESIEUR a présenté la submatité rétro-hépatique à la Société de Médecine des Hôpitaux de Lyon, en 1911, il a déclaré que ce signe présentait une valeur réelle au point de vue du diagnostic, du pronostic, et du traitement de la dothiéntérie.

Nous allons d'abord, en nous basant sur la pathogénie et les symptômes, exposer la valeur du signe telle que LESIEUR l'admettait, puis nous examinerons si les résultats fournis par une statistique récente, basée sur 86 observations recueillies dans le service de M. le docteur CHALIER, à la Croix-Rousse, concordent avec les premières données.

Au point de vue diagnostique tout d'abord, le signe de Lesieur ne semblerait pas avoir grande importance. Il y a de très nombreux symptômes de la fièvre typhoïde et la présence d'une grosse rate, de taches rosées, d'ulcération vélo-palatine ou bien encore une hémoculture ou

un séro-diagnostic positif doivent suffire généralement pour affirmer le diagnostic. Mais tous ces signes ne sont au complet qu'à la période d'état. L'hémoculture n'est pas toujours immédiatement positive. Le séro-diagnostic, les taches rosées ne donnent guère de bons renseignements avant le dixième jour et cependant un diagnostic précoce est d'une grosse importance, il commande une thérapeutique spéciale qui changera notablement l'évolution de la maladie. C'est alors que le signe de Lesieur prendra toute sa valeur. Il a été observé dès le quatrième ou le cinquième jour, apparaissant en même temps que la rate. Quelques exemples nous feront comprendre l'intérêt de sa constatation au début.

Nous nous trouvons en présence d'un malade présentant les signes d'une affection assez banale : lassitude, insomnie, céphalée, température montant un peu chaque soir d'une façon progressive. Il peut s'ajouter à cela des signes digestifs, diarrhée ou constipation, une langue saburrale et un léger ballonnement abdominal. La palpation montrera un foie normal, une rate un peu augmentée de volume, mais non sentie sous les fausses côtes. Le pouls est un peu dissocié par comparaison avec la température, légèrement ralenti.

Devant un tel syndrome on reste hésitant ; est-ce une grippe à forme intestinale ou bien une fièvre typhoïde à son début ?

La grippe débute souvent plus rapidement. Il y a une sensation de courbature n'existant pas dans la typhoïde, le pouls est plus rapide. Mais ces signes cliniques sont souvent des nuances et il faut poser un diagnostic. On recherche alors le signe de Lesieur. Il apparaît précocement.

ment avec les premiers symptômes. La constatation de ce signe pourra alors non pas permettre d'affirmer le diagnostic, car aucun signe n'est pathognomonique, mais orienter assez nettement l'esprit en faveur d'une typhoïde. Il permettra de faire des réserves sur le pronostic de l'affection et d'instituer une thérapeutique prudente.

Mais la typhoïde est polymorphe quant à son début tout au moins. Celui-ci peut être beaucoup plus brusque et, dès le deuxième ou le troisième jour de l'affection, on se trouve en présence d'un malade présentant le tableau classique des grandes infections : prostration, température à 40 degrés en plateau, délire, respiration accélérée et pouls rapide, et c'est alors le diagnostic de grandes septicémies. Est-ce une typhoïde, une méningite tuberculeuse ou bien encore une granulie ? La rate, dans ce cas, aura peu de valeur. Elle est hypertrophiée dans tous ces cas et sa recherche est souvent délicate. L'hémoculture n'est pas encore positive, les taches rosées ne sont pas apparues et peuvent d'ailleurs se voir dans la granulie. Plus encore peut-être que dans le premier cas, le signe de Lesieur aura de la valeur. Constaté d'une façon nette, il commandera immédiatement les bains froids, dans ces cas ou une thérapeutique d'attente ne doit pas être de mise. Cette précocité, constatée par LESIEUR, puisqu'il déclare, dans les rares cas qu'il a eu au début, avoir noté son signe dès le quatrième jour, a été confirmée par les recherches de deux internes des hôpitaux de Bucarest, MM. RADULESCO et ATANASSIU. Sur 47 cas de la maladie, observés dans le premier septennaire, ces auteurs l'ont rencontré 33 fois, soit 60 %.

La submatité de la base droite se retrouve encore dans

la période d'état et sa fréquence est plus élevée même que celle des taches rosées lenticulaires, d'une fréquence presque aussi grande, d'après nos recherches, que celle de la rate. Si nous comparons la fréquence relative du signe de Lesieur et des taches rosées, d'après une statistique inspirée par LESIEUR, dans la *Thèse* de SALLES, nous trouvons que dans la première semaine, sur 47 cas observés, on note 33 fois de la submatité et 16 fois seulement des taches rosées lenticulaires. Dans la deuxième semaine, sur 69 cas, 49 fois on observe le signe de Lesieur, 34 fois des taches rosées. Dans la troisième semaine, sur 77 cas, 18 avaient le signe positif, 8 seulement avaient des taches rosées. Enfin, à la convalescence, si les taches rosées avaient complètement disparu chez tous les malades, deux de ces derniers conservaient encore une légère submatité.

LERIEUX a publié avec MARCHAND, dans la *Presse Médicale*, une statistique portant sur 150 cas dont 114 cas de dothiéntérie classique. Le signe fut nettement positif 87 fois, soit une moyenne de 80 %. Les 27 cas restants ne relevaient au niveau de la base droite aucun changement de sonorité, du bien, si l'on trouvait de la submatité intrathoracique les signes pulmonaires sous-jacents suffisaient à l'expliquer.

Les statistiques recueillies dans le service de M. MOURQUAND, à la Croix-Rousse, de janvier à Novembre 1913, et partant sur une centaine de cas, ont montré que le signe de Lesieur existait 70 fois en moyenne pour 100.

Le nombre des malades fut de 95. Il y eut parmi eux 65 cas nettement positifs, 27 cas négatifs, 3 faux signes de Lesieur. Parmi ces derniers, un seul malade présenta dès

son début de l'obscurité respiratoire à la base droite, les autres eurent de la submatité sans signes pulmonaires sous-jacents, à la période d'état de leur affection, et ce n'est qu'à la défervescence que ce signe de Lesieur vrai céda la place à la légère réaction pleurale qui fut constatée par la ponction.

Pendant la période d'état, le signe de Lesieur est très fréquent et vient s'ajouter aux signes classiques de la dothénentérie pour permettre le diagnostic de cette dernière affection. Dans certaines formes méningées, par exemple, la submatité de la base droite sera une bonne preuve de l'infection eberthienne, tandis que son absence, coïncidant avec d'autres signes négatifs, fera écarter le diagnostic de fièvre typhoïde. Le signe de Lesieur a donc une valeur diagnostique soit à la période d'état soit encore mieux au début du fait même de sa précocité.

Mais il a encore une valeur pronostique soit au début soit à la fin de la fièvre typhoïde. Lesieur avait observé, et nos observations personnelles confirment cette remarque que la submatité de la base droite faisait défaut dans une grande proportion (plus de 50 % des cas) lorsqu'il s'agissait de typhoïdes à évolution bénigne, de typhoïdettes. Si donc on se trouve en présence d'une dothiénentérie indubitable avec réactions humérales positives, grosse rate et taches rosées et que le signe de Lesieur ne soit pas constaté il y aura des probabilités pour que l'évolution soit brève. Le signe peut ainsi donner un renseignement précieux. Mais c'est surtout au moment de la convalescence que la recherche de la submatité rétro-hépatique est utile. Si cette submatité disparaît, indice d'une régression de volume du foie, il est à penser que la

convalescence sera franche, exempte de rechute. Si, au contraire, cette submatité persiste nettement, coïncidant avec une anorexie persistante, une température irrégulière, il ne faudra pas décréter une guérison absolue, il faudra prévoir et prévenir une rechute.

Une observation concluante montre bien l'importance de ce signe. Madame M... a eu une typhoïde classique ; au trentième jour, à la fin de la période d'état, la rate n'était plus hypertrophiée, mais le signe de Lesieur était encore net. Au cinquantième jour, début d'une rechute, le signe de Lesieur était encore légèrement positif. Au cinquante-septième jour, en pleine rechute il l'était nettement alors que la rate était de nouveau perçue à la palpation. Enfin au soixante-deuxième jour, au début de la seconde défervescence, le signe de Lesieur et l'hypertrophie de la rate avaient tous deux disparu.

Ce que nous venons de dire du signe de Lesieur nous permettra facilement de comprendre sa valeur thérapeutique.

D'une part il permettra, au début, d'instituer immédiatement la balnéation, contribuant ainsi à donner à la typhoïde une allure heureuse. A la période de convalescence, si ce signe persiste il faudra être prudent pour la reprise d'une alimentation solide et craindre une rechute toujours possible.

D'autre part, le signe de Lesieur, provenant d'une hypertrophie du foie, est le témoin de l'altération de cette glande au cours de l'infection eberthienne. Il commandera donc une thérapeutique orientée dans ce sens. Il est ainsi très rationnel d'éviter les aliments capables d'entraver ou de surcharger les fonctions hépatiques, et de donner des

antiseptiques ayant une action sur le foie, tels que l'urotropine.

Nous venons de voir la valeur diagnostique, pronostique et thérapeutique du signe de Lesieur, nous n'avons pas encore envisagé la question de la spécificité de ce signe.

La submatité rétro-hépatique est-elle spéciale à la fièvre typhoïde. Certainement non...

Lesieur a fait des recherches dans différentes affections méningite, angine, colique hépatique, pneumonie gauche. Il a, de plus, recherché ce signe dans d'autres maladies infectieuses, érysipèles, varioles, choléra. Ces recherches n'ont été positives que dans 10 % des cas seulement.

M. CORONE, interne des hôpitaux de Montpellier, a publié, dans le *Montpellier Médical* de 1912, une étude critique sur le signe de Lesieur, dont les conclusions, il faut l'avouer, ne sont pas très favorables à Lesieur.

M. CORONE a fait des recherches tout d'abord sur des sujets sains. Aucun n'avait de submatité de la base droite.

Chez des typhoïdes le signe fut constaté 8 fois sur 14 à la période d'état, une fois seulement à la période de déclin, et 6 fois sur 7 pendant les rechutes.

Prenant, d'autre part, des 37 malades non typhiques, il rencontre 6 fois sur 8 le signe dans l'embarras gastrique fébrile, 2 fois sur 10 angines, 1 fois sur trois cas de grippe, 2 fois sur deux affections hépatiques, ce qui n'a rien d'étonnant, et enfin 6 fois sur 7 « maladies diverses », et de ces recherches il conclut : 1° « le signe de Lesieur n'est pas constant dans la fièvre typhoïde » ; 2° « le signe de Lesieur existe dans d'autres affections. »

Mais à ceci LESIEUR répondait : « Nous n'avons jamais prétendu qu'un signe clinique tel que le nôtre pouvait être

à la fois constant et spécifique. » Les taches rosées lenticulaires sont, nous l'avons vu, moins fréquemment observées que la matité de la base droite. M. CORONE refusait-il à ce signe la valeur classique que tous les auteurs lui reconnaissent ?

L'hypertrophie antitoxique du foie nous a paru capable d'expliquer l'existence d'une zone de submatité à la base droite du thorax des typhiques. M. CORONE, qui admet comme pathogénie l'hypertrophie du foie, se demande pourquoi l'infection eberthienne réaliserait cette hypertrophie « à l'exclusion d'autres infections ».

Personne n'a songé à revendiquer pour le bacille d'Eberth, le privilège de provoquer l'hypertrophie du foie, pas plus que celle de la rate dont l'augmentation de volume a pourtant, en fait de diagnostic, une valeur non discutée.

Il n'en est pas moins vrai, la pathogénie, nous l'a prouvé, que la fièvre typhoïde touche le système hépato-biliaire plus souvent que la plupart des maladies infectieuses, ce qui s'explique bien par ce fait que le bacille d'Eberth s'élimine par la bile.

Il résulte de ce débat que le signe de Lesieur peut se rencontrer dans d'autres affections ; qu'il n'est ni constant, ni spécifique. Il n'en est pas moins vrai que c'est dans la dothiéntérie qu'il atteint de beaucoup sa plus grande fréquence.

Il nous reste maintenant à voir, pour terminer ce chapitre, si nos observations personnelles concordent avec les données classiques sur la valeur du signe de Lesieur.

Nous avons dépouillé 84 observations de typhiques certains, dans lesquels nous avons recherché la fréquence

relative des principaux symptômes de la dothiènement-térie.

Nous avons trouvé le signe de Lesieur positif 64 fois, soit de 70 à 80 %.

Sur 25 malades entrés à la première semaine il fut positif 20 fois et ceci de façon très précoce au 3^e, 4^e et 5^e jour. Sur 48 malades entrés au cours de la deuxième semaine de leur typhoïde, il fut positif 39 fois, enfin sur 6 malades entrés pendant la 3^e semaine et sur 5 malades entrés au delà de la 3^e semaine il fut positif trois fois dans chaque cas, soit avec une fréquence de 50 % environ.

Parmi les cas négatifs, il y eut des typhoïdes sévères. Mais il y eut également des typhoïdettes et nous publions, en terminant, les observations de trois cas où la fièvre typhoïde put être affirmée grâce au laboratoire où à la présence de taches rosées. Ces cas évoluèrent de façon bénigne. Le signe de Lesieur fut négatif, la rate, augmentée à la percussion, ne fut jamais sentie à la palpation. Ces données concordent bien avec l'explication pathogénique du signe telle que la concevait Lesieur.

La rate est également un signe très précoce. On la trouve aussi souvent au début que le signe de Lesieur, soit perçue à la palpation, soit simplement augmentée à la percussion. Nos observations montrent à la première semaine son hypertrophie 21 sur 25 fois, soit 84 %. Au total on la note dans 85 % des cas. La rate hypertrophiée et le signe de Lesieur évoluent en général de concert si nous examinons nos observations. Ces deux signes débuts et disparaissent ensemble. On ne les trouve guère, sauf rechute, positifs après le quarantième jour. Il est

cependant des cas où la rate est perçue avant le signe de Lesieur ; il est d'autres cas, moins nombreux peut-être où c'est l'inverse.

Les taches rosées n'apparaissent que dans 60 à 65 % des cas. Si nous les notons dans notre statistique 17 fois sur 25 à la première semaine, c'est qu'elles apparaissent vers le huitième jour. Nous n'en avons pas vu au quatrième jour et deux fois seulement au cinquième jour.

L'ulcération du voile du palais ne fut constatée qu'une fois sur 6. Il n'y eut de la congestion pulmonaire que dans la moitié des cas.

Enfin si nous examinons les résultats fournis par le laboratoire, et pour chaque malade, il a été fait un séro-diagnostic et une hémoculture, nous voyons que 35 cas sur 84 furent négatifs ; c'est-à-dire qu'il n'y eut, dans des typhoïdes cliniquement certaines, que 60 % de réactions positives. On voit donc, combien dans certains cas peut être précieux le signe de Lesieur lorsque, pour des raisons inexplicées, les épreuves de laboratoire restent négatives.

Enfin, si nous examinons 6 cas de rechute que nous avons notés, nous trouvons que, pendant la rechute, le signe de Lesieur fut constaté 5 fois. Il y a un cas cependant où pendant la rechute on ne trouva pas le signe de Lesieur, alors que la rate était perçue à la palpation. De cette statistique il ressort que le signe de Lesieur a bien la valeur que lui a attribué son auteur. Il est aussi précoce, parfois plus, que la rate, d'une plus grande fréquence que d'autres signes de premier plan, tels que

les taches rosées, et les renseignements fournis par le laboratoire.

Il est généralement positif pendant les rechutes. Il est vrai qu'il n'est pas absolument pathognomonique et qu'on peut le rencontrer dans d'autres affections et nous pouvons conclure en terminant que le signe de Lesieur a une valeur relative, mais très réelle cependant.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

I. — Typhoïdes ordinaires

OBSERVATION I

M^{me} P... — Entrée le 11 novembre 1923 pour malaises datant de quatre jours.

A l'entrée la rate n'est pas perçue, mais semble augmentée à la percussion.

Le signe de Lesieur est positif.

Huit jours après le signe de Lesieur existe toujours. La rate est perçue à la palpation.

OBSERVATION II

M. P... (L.) — Le malade entre au troisième jour de l'affection.

La rate est sentie. Le signe de Lesieur n'existe pas encore mais apparaît le lendemain au quatrième jour. Il

y a à ce moment une légère bronchite. Le malade meurt au quatorzième jour par phénomènes pulmonaires prédominant au niveau du lobe moyen du côté droit.

OBSERVATION III

M^{lle} G... — Entre au huitième jour. La rate est sentie à la palpation. Le signe de Lesieur existe. Il n'y a pas de bronchite. Le foie ne déborde pas les fausses côtes. La maladie suit une évolution normale et au trentième jour l'apyrexie est obtenue.

OBSERVATION IV

M^{me} B... — Entre avec une typhoïde classique datant de quatre jours. La base droite est submate, la rate sentie à la palpation sous les fausses côtes.

Au douzième jour les signes sont les mêmes. Au vingtième jour la submatité de la base droite persiste, la rate, dont la matité est encore augmentée, n'est plus sentie à la palpation.

Au quarante-quatrième jour, au moment de l'apyrexie, la base droite n'est plus mate, la rate a repris son volume normal.

OBSERVATION V

M. M... — Entre au onzième jour avec un signe de Lesieur positif et une rate sentie à la palpation.

Le foie ne déborde pas les fausses côtes.

On n'observe dans l'étendue des deux poumons que quelques rares râles de bronchite. Il y a cependant un peu d'obscurité respiratoire à la base droite. Devant cette submatité et cette obscurité, on fait une ponction exploratrice qui ne donne que quelques gouttes de liquide.

Evolution par ailleurs normale.

OBSERVATION VI

M. D... — Début il y a cinq jours. A l'entrée, base droite submate, rate sentie à la palpation. Poumon absolument normal. Les signes persistent identiques jusqu'au vingt-deuxième jour. Au vingt-sixième jour apparaît une pneumonie bilatérale des deux bases. Mort au trente-deuxième jour.

A l'autopsie : Hépatisation des deux bases.

OBSERVATION VII

M. P... — Début il y a cinq jours. A l'entrée, rate sentie à la palpation, base droite submate. Rien au poumon. Le foie n'est pas senti en avant. Les signes persistent mais, le vingtième jour, le malade meurt par hémorragie intestinale.

II. — Typhoïdes avec rechute

OBSERVATION VIII

M. R... — Entre au dixième jour avec une rate sentie à la palpation et une base droite submate. Il y a une bronchite très légère, prédominante à gauche. Le foie ne déborde par les fausses côtes. La défervescence est assez rapide, la rate n'est plus sentie au vingt-cinquième jour, mais le signe de Lesieur reste positif. Au trente-cinquième jour survient une rechute. La rate redevient perceptible, la base droite est toujours submate.

OBSERVATION X

Sœur V... — Entre quatre jours après le début des premiers symptômes. La base droite est submate, la rate perçue. Il n'y a pas de signes pulmonaires. Le foie ne

déborde pas les fausses côtes. L'apyrexie survient au dix-septième jour, mais la rate est toujours sentie et la base droite reste submate. Puis survient une rechute et pendant cette rechute, au trentième jour, la rate n'est plus sentie tout en restant augmentée de volume. Le signe de Lesieur est encore positif.

OBSERVATION XI

M^{me} M... — Entre au trentième jour de la fièvre. Il y a peu de symptômes à ce moment. La température est à 39 en plateau. Il n'y a pas de taches rosées, ni de signe pulmonaire, la rate n'est pas hypertrophiée, seul le signe de Lesieur existe très net. Le laboratoire est négatif mais, de par les renseignements antérieurs, la fièvre typhoïde était certaine. La malade devient rapidement apyrétique. Au cinquante-septième jour de l'affection, la malade fait une rechute et pendant cette rechute, tous les signes de la dothiënterie réapparaissent, splénomégalie, taches rosées, bronchite. Au cinquante-septième jour, au début de la défervescence, le signe de Lesieur disparaît définitivement. Il était resté pendant longtemps le seul témoin de l'infection eberthienne.

OBSERVATION XII

M^{lle} G... — Début il y a six jours.

A ce moment diarrhée, taches rosées, base droite submate, splénomégalie non constatée. Pas de signes pulmonaires. Pas de météorisme.

Au vingtième jour, apyrexie ; on ne sent toujours pas la rate, mais la base droite reste submate .

Au trentième jour, rechute. Pas de splénomégalie. Réapparition de taches rosées et signe de Lesieur toujours net.

III. — Typhoïdes à évolution bénigne

OBSERVATION XIII

M. G... — Début il y a huit jours. La base droite est légèrement submate, la rate, augmentée à la percussion, n'est pas sentie à la palpation. Taches rosées. Pas de signes pulmonaires, ni de météorisme, le foie ne dépasse pas les fausses côtes. Apyrexie au treizième jour.

OBSERVATION XIV

M^{me} U... — Début il y a dix jours. La rate n'est pas sentie à la palpation. La base droite n'est pas submate. L'hémoculture montre du bacille d'Eberth. Il y a des taches rosées. Pas de ballonnement. Le foie ne déborde pas les fausses côtes. Apyrexie au dix-septième jour.

OBSERVATION XV

M^{me} C... — Début il y a huit jours. Pas de signes en dehors d'une rate nettement grosse et d'une hémoculture positive. La submatité de la base droite est douteuse. Apyrexie au seizième jour.

OBSERVATION XVI

M^{lle} C... — Début il y a treize jours. La rate, augmentée à la percussion, n'est pas sentie à la palpation. Il n'y a pas de ballonnement abdominal, le foie déborde un peu les fausses côtes. Présence de taches rosées. Le séro-diagnostic et l'hémoculture sont négatifs. Le signe de Lesieur est négatif. Apyrexie au dix-septième jour.

OBSERVATION XVII

M. G... — Début il y a dix jours. La rate est sentie à la palpation. Il y a une bronchite intense bilatérale. Les signes de laboratoire sont négatifs, le signe de Lesieur n'a jamais été observé. Apyrexie au vingtième jour.

CONCLUSIONS

I. — Le signe de Lesieur est caractérisé par une zone de submatité, siégeant en arrière à la base droite du poumon pouvant s'étendre de la onzième côte à la pointe de l'omoplate.

II. — Des recherches cliniques et anatomo-pathologiques, il résulte que l'hypertrophie hépatique est le principal facteur de cette submatité. Parfois il s'agit d'un simple refoulement en arrière et en haut du foie sous l'influence du ballonnement abdominal.

III. — Le signe n'a de valeur que si les lésions pulmonaires ou pleurales n'interviennent pas dans la production de cette submatité.

IV. — Il se rencontre dans la fièvre typhoïde avec une fréquence de 70 à 80 %.

On le rencontre également dans d'autres maladies infectieuses, mais avec une fréquence bien moins grande, 10 % environ. Il a donc une valeur diagnostique certaine.

V. — Il évolue parallèlement aux autres symptômes l'infection Eberthienne. C'est ainsi qu'il apparaît géné-

ralement en même temps que l'hypertrophie splénique et disparaît avec elle.

VI. — Ce signe a une valeur pronostique. Lorsqu'il fait défaut au cours d'une fièvre typhoïde avérée, la fièvre typhoïde a généralement une évolution bénigne. Lorsqu'il persiste pendant l'apyrexie, il y a lieu de craindre une rechute.

VII. — Du point de vue thérapeutique, le signe, en soulignant l'atteinte hépatique, indique l'utilité de certaines médications telles que l'urotropine.

S'il persiste quand l'apyrexie est obtenue, il faut veiller à ne pas pousser trop vite l'alimentation.

Vu :

LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
ROQUE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 24 mars 1924.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
J. CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

- COLLIGNON. — Sur la convalescence de la fièvre typhoïde (*Thèse de Lyon*, 1908.)
- CORONE. — Recherches sur le signe de Lesieur (*Montpellier Médical*, 1912.)
- CRESPIN. — *La forme hépatique de la fièvre typhoïde* (Livre jubilaire du professeur TEISSIER, Lyon, 1910.)
- LEGRY. — Contribution à l'étude du foie dans la fièvre typhoïde (*Thèse de Paris*, 1890.)
- LESIEUR. — Communication au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences à Dijon (Août 1911.)
- La submatité de la base droite, signe de la fièvre typhoïde (Communication à la Société nationale de médecine de Lyon, 11 décembre 1911.) (*Lyon Médical*, 11 février 1912.)
- LESIEUR et MARCHAND. — La submatité de la base droite. Statistique portant sur 150 observations (*Presse médicale*, 30 juillet 1913.)
- PAILLARD. — Situation du foie à l'état normal et pathologique (*Journal Médical français*, 15 avril 1913.)

RADULESCO et ATANASSIU. — La valeur diagnostique et pronostique de la douleur cystique dans la fièvre typhoïde (*Presse médicale*, 30 novembre 1912.)

SALLES. — Le signe de Lesieur (*Thèse de Lyon*, 1913.)

TESTUT et JACOB. — Foie et voies biliaires (*Traité d'anatomie topographique*, tome II.)

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — Séméiologie du Signe.....	11
CHAPITRE II. — Explication pathogénique du Signe de Lesieur	17
CHAPITRE III. — Valeur du Signe.....	23
CHAPITRE IV. — Observations.....	35
CONCLUSIONS	41
BIBLIOGRAPHIE	43

LYON
IMPRIMERIE EXPRESS

46, Rue de la Charité, 46

